

1895-96

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 3

INDICATIONS

DE LA

CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

DANS L'INFECTION DE LA VESSIE

ET LA

PYÉLO-NÉPHRITE ASCENDANTE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 décembre 1895, à 5 heures

PAR

Adolphe GUYON

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX

Né à Remiremont (Vosges), le 10 mai 1869

Examineurs : { MM. GROSS, président.
CHRÉTIEN, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1895

INDICATIONS
DE LA
CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

DANS L'INFECTION DE LA VESSIE

ET LA
PYÉLO-NÉPHRITE ASCENDANTE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 décembre 1895, à 5 heures

PAR

Adolphe GUYON

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX

Né à Remiremont (Vosges), le 10 mai 1869

Examineurs : { MM. GROSS, président.
CHRÉTIEN, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0009

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES, O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I ,
COZE , I , HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM,  I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A  , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I , professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, A , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I , professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A , professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A , professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I  , ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A  , ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A  , ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A  .	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A  .	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A  .	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I , ROHMER, A , VAUTRIN, A ,
REMY, A , P. PARISOT, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA CHÈRE MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA GRAND-MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAUTRIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRÆLICH

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Au mois d'août dernier, alors que nous remplissions les fonctions d'interne dans le service de M. le professeur Heydenreich, nous avons assisté à une cystostomie sus-pubienne faite par M. le professeur agrégé Frœlich, sur un malade atteint de tuberculose de la prostate.

Le malheureux, qui présentait des symptômes de pyélo-néphrite ascendante, était condamné à une mort certaine. Une tentative hardie pouvait le sauver : modifier la lésion urétéro-rénale en s'attaquant à la cause, l'infection vésicale. L'état général, bien mauvais, fit hésiter quelque temps notre maître, qui n'intervint qu'après avoir acquis la certitude absolue qu'abandonné aux ressources de la thérapeutique médicale, le malade était condamné à succomber à bref délai.

Il ne tira cependant pas de bénéfice de l'intervention chirurgicale, et l'autopsie confirmait, quelques jours après, le diagnostic de M. le professeur agrégé Frœlich sur l'étendue des lésions rénales.

Nous avons la conviction que la terminaison eût été tout autre si le malade n'avait présenté ces lésions qu'à leur début, et à plus forte raison si la vessie seule eût été intéressée, et nous pensons que la cystostomie sus-pubienne, loin de trouver une contre-indication dans le mauvais état des organes urinaires

supérieurs, s'impose comme thérapeutique préventive de la pyélo-néphrite ascendante, et même qu'elle donne des résultats surprenants, en ce qu'elle permet à l'infection, localisée à la vessie, de rétrocéder et de disparaître complètement au lieu de suivre sa marche ascendante et fatale.

Sur les lésions rénales ascendantes, la cystostomie a, de l'avis de M. Guyon, un effet préventif. Elle supprime de même la rétention urétérale ; si les lésions d'urétéro-pyéélite existent déjà, l'incision vésicale permettra facilement la sortie du pus contenu dans l'uretère et surtout agira sur la congestion rénale.

Mac Guire spécifie que beaucoup de ses opérés avaient de la pyélite et que ceux-ci se sont bien trouvés de l'intervention. Watson, au congrès de médecine et de chirurgie de Washington de 1894, voit aussi dans la cystostomie un bon moyen de traitement de la pyélo-néphrite ascendante. Il est donc bien évident qu'il ne faut pas voir dans la pyélo-néphrite une contre-indication à la taille hypogastrique, mais qu'elle en est au contraire une urgente indication.

M. Guyon dit avec raison : *on draine le rein par l'ouverture de la vessie.*

L'« opération de Poncet », connue cependant longtemps avant que l'École de Lyon songeât à la vulgariser de la bruyante façon que l'on sait — puisque M. le docteur Rohmer l'a pratiquée avec succès en 1884 — s'est adressée, peut-on dire, à toutes les affections de l'appareil urinaire ; tous les anciens procédés, jusqu'alors en faveur dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, des cystites, des rétrécissements de l'urèthre, etc., sont tombés, à Lyon,

dans l'oubli et le discrédit. La cystostomie sus-pubienne s'y fait *en grand*.

Nous ne cacherons pas que nous voyons dans une généralisation aussi radicale une fâcheuse tendance. Pour nous, la création temporaire ou permanente d'un urèthre hypogastrique n'est indiquée que s'il y a infection sous toutes ses formes : infiltration urineuse, fistules rebelles, cystite avec tendance à la propagation au rein.

C'est de cette dernière indication que nous nous occuperons spécialement, nous souvenant, d'après les préceptes de M. Guyon, *que la vessie est la gardienne du rein*, la cystite se trouvant d'ailleurs toujours associée aux autres formes d'infection urineuse.

Nous donnerons d'abord un rapide aperçu historique de la cystostomie sus-pubienne.

Dans un second chapitre, nous expliquerons la production de l'infection vésicale, dans les différentes lésions urinaires, et le processus de la pyélo-néphrite ascendante.

Nous donnerons ensuite les indications de la cystostomie sus-pubienne.

Notre quatrième chapitre sera réservé au manuel opératoire.

Les observations à l'appui de notre opinion viendront ensuite ; après quoi, nous conclurons.

Nous présentons, au terme de nos études médicales, ce modeste travail. Nous aurions voulu lui donner le développement que comporte ce sujet tout d'actualité. Les plus tristes circonstances nous ont obligé à l'écourter, mais nous ne craignons pas d'affirmer qu'il eût pu offrir un certain intérêt s'il n'avait pas été fait,

en quelque sorte, à bâtons rompus, et dans les plus fâcheuses dispositions d'esprit. Nos juges nous sauront gré de notre bonne volonté ; nous n'en doutons pas.

Aussi bien, nous avons rencontré chez tous nos maîtres l'accueil le plus favorable. Nous n'avons pas l'outrecuidance de l'attribuer uniquement à nos qualités personnelles, mais en grande partie à l'estime et à la considération dont nos Maîtres honoraient notre vénéré père, et dont ils nous ont tous donné la sincère assurance, lorsqu'il fut trop tôt ravi à notre affection.

Nous adressons donc nos plus vifs remerciements à tous nos professeurs ; mais il en est pour lesquels notre reconnaissance est au-dessus de toute expression : nous avons nommé M. le professeur Gross et M. le docteur Vautrin. Ils ont été pour nous les maîtres les plus dévoués et les amis les plus sûrs. Nous avons contracté, vis-à-vis d'eux, une dette de reconnaissance que nous n'acquitterons jamais, encore qu'elle soit partagée par toute notre famille.

M. le professeur agrégé Frœlich nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous lui adressons nos sincères remerciements, en le priant de ne pas nous tenir rigueur d'avoir, poussé par d'exigeantes circonstances, modifié le plan qu'il nous avait tracé. Nous n'oublions jamais qu'après le concours qui fit de lui notre maître, il nous conserva, dans son exquise modestie, l'affection qu'il nous témoignait au temps où nous étions condisciples.

Nous saluons, en passant, la mémoire de notre vénéré maître, M. le professeur Feltz, de notre ami tant

regretté Geoffroy, et nous remercions de leurs bons conseils nos amis Pillon, Maletterre et Santenoise.

Merci enfin à M. le docteur Sée, de Mulhouse, d'avoir bien voulu mettre à notre disposition sa connaissance de la langue allemande.

CHAPITRE I^{er}

Aperçu historique.

L'idée de donner issue, par la voie hypogastrique, à l'urine renfermée dans la vessie, afin de suppléer à l'urèthre normal, fut d'abord exécutée par la ponction sus-pubienne. *Méry* fut le premier à la pratiquer, en 1701, dans les rétentions d'urine où le cathétérisme était impraticable ; cette ponction au gros trocart trouvait un tel crédit auprès de *J.-L. Petit*, que ce chirurgien la voyait aussi peu dangereuse « qu'un coup d'épée dans l'eau ».

Sédillot (1856) fut le premier à faire la cystostomie sus-pubienne proprement dite, et, par la taille hypogastrique, il chercha à « ouvrir une voie de suppléance à l'urèthre devenu imperméable ». Chez un vieux prostatique, dont la vessie contenait « des gaz et quatre litres de sang putréfié », il pratiqua la cystostomie sus-pubienne ; le malade se rétablit parfaitement et conserva une canule hypogastrique qui le mit à l'abri de nouveaux accidents de rétention.

En 1884, M. *E. Bœckel*, de Strasbourg, publie deux faits de taille hypogastrique pratiquée chez des prostatiques pour remédier à des accidents pressants de rétention ; les deux opérés succombèrent.

En 1884, notre ancien maître, M. *Rohmer* présentait à la Société de chirurgie une observation du même genre : il s'agissait encore d'un prostatique atteint de

réten tion ; M. Rohmer pratiqua la cystostomie sus-pubienne, et, par le cathétérisme rétrograde, il plaça dans l'urèthre une sonde à demeure qui ne put, d'ailleurs, être tolérée ; il chercha dès lors à créer une fistule hypogastrique, en laissant entre les lèvres de la plaie une canule métallique.

En 1887, à Montpellier, M. *Tédenat* pratiquait la taille hypogastrique chez un prostatique infranchissable et, en 1889, *Richardson* publiait un cas analogue.

Mais c'est surtout par l'école lyonnaise (le professeur *Poncet*, et ses élèves *Curtillet*, *Lagoutte*, *Adenot*) que la cystostomie sus-pubienne a été étudiée, pratiquée. La première opération de M. Poncet date du mois d'avril 1888 ; l'année suivante, il en communiquait cinq observations à la Société de médecine de Lyon et, après avoir étudié, dans une série de publications, l'opération et ses suites, il exposait les bénéfices de sa méthode au congrès de chirurgie, en 1892, en se basant sur 35 cystostomisés : enfin, en 1893, au congrès des sociétés savantes, il s'occupait du sort ultérieur des cystostomisés. Tous ces faits sont relatés dans la thèse d'un élève de M. Poncet, M. le docteur *Bonan*, et dans un article de M. E. Lagoutte. Enfin, l'« opération de Poncet » a eu la bonne fortune d'avoir pour promoteur un illustre cystostomisé, M. Diday, de Lyon.

A côté de M. Poncet et de ses élèves, et également à Lyon, M. *Gangolphe* et M. *Jaboulay* s'occupaient de la cystostomie sus-pubienne.

L'hypertrophie de la prostate, avec ou sans complication infectieuse du côté de la vessie, avait fait

jusqu'alors les frais de la cystostomie hypogastrique. Le grand retentissement qu'eut cette opération dans le monde chirurgical, en France et en Amérique (*Mac Guire*) encouragea l'École lyonnaise à l'étendre aux autres affections de l'appareil urinaire, au rétrécissement de l'urèthre et aux néoplasmes de la prostate (*Legueu*) en particulier. C'est ainsi que, dans sa thèse de décembre 1894, M. *Poullain*, inspiré par M. Poncet, préconisait l'opération dans le traitement des rétrécissements compliqués de l'urèthre.

A Paris, la cystostomie hypogastrique n'a fait son chemin que depuis quelques années. En 1893, il n'y avait à signaler que deux cas du professeur *Guyon* et la thèse de M. *Boutan*. Depuis, elle devint plus à la mode dans les mains habiles des professeurs Tillaux, Guyon, de MM. Lejars et Tuffier. Inspiré par M. le professeur Guyon, le docteur *Michon*, dans sa thèse, la préconise surtout contre l'infection, mais dans les cas où la sonde à demeure a échoué. C'est aussi l'avis de M. *Bazy*, qui ne reconnaît que trois indications à la cystostomie : la douleur, l'hémorragie et l'infection.

En s'inspirant, d'ailleurs, de ces complications, M. le professeur agrégé Frœlich a pratiqué dernièrement cette opération dans un cas de sarcome de la prostate et dans un cas de rétrécissement infranchissable de l'urèthre.

Adenot, à Lyon, la fit avec succès chez un rétréci infecté.

Ajoutons, que, dans sa thèse inaugurale, M. le professeur agrégé Frœlich a étudié la création d'un

urèthre hypogastrique dans le cas de destruction de l'urèthre chez la femme.

Depuis les observations publiées dans ce travail, d'autres faits semblables ont été signalés par *Zweifel*, de Leipzig, par *Martin*, de Cologne, par *Wiesinger*, de Hambourg, et toujours avec de bons résultats.

CHAPITRE II

De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec l'infection de la vessie.

La pyélo-néphrite est l'ensemble des lésions inflammatoires, infectieuses, microbiennes, intéressant l'uretère, le bassinet et la glande rénale.

Ces lésions ne sont jamais primitives. Tantôt le germe infectieux est charrié par la voie circulatoire jusqu'au rein et, de là, aux uretères ; c'est la *pyélo-néphrite descendante*, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Tantôt la phlegmasie, atteignant primitivement le canal de l'urèthre ou la vessie, gagne, par un processus que nous allons étudier, les uretères et le rein ; c'est la *pyélo-néphrite ascendante*. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente, et, lorsque le chirurgien assiste impuissant aux complications terribles et à la triste fin des malades atteints des lésions de la pyélo-néphrite, il doit se demander avec regret si la situation aurait eu cet aspect alarmant s'il avait, par une intervention bien comprise, enrayé la marche ascendante de ces lésions, s'il s'était attaqué, en un mot, à la cystite, avant de s'attaquer à la pyélo-néphrite.

Et d'abord, expliquons ce fait que la cystite est la complication la plus constante de toutes les affections urinaires.

Prenons un premier exemple, de ceux que l'on rencontre à chaque instant dans la pratique médicale : un

malade est atteint d'hypertrophie de la prostate ; il est devenu rétentionniste et ne vide plus sa vessie. La première conséquence de cet état pathologique est la tension du réservoir vésical. Mais la vessie se contracte avec violence et, si ces efforts n'aboutissent pas à l'évacuation du contenu, les parois vésicales se congestionnent ; de là des ecchymoses et des hématuries, des lésions trophiques de la muqueuse qui perd son épithélium.

Congestion, lésion épithéliale, stagnation de l'urine, voilà qui prépare bien un milieu favorable au développement des agents pathogènes, au développement de la cystite, sinon à celui de l'infection urinaire.

Le moindre prétexte, le cathétérisme le plus aseptique, et la cystite sera déclarée.

Voici un autre malade : un calculeux qui a déjà eu de fréquentes hématuries, dues aux ulcérations de la muqueuse vésicale par un corps étranger, rugueux, irrégulier, tranchant ; ou bien à la déchirure des adhérences de la muqueuse au calcul. Un jour, à la suite du plus inoffensif cathétérisme, se développe une cystite, avec sa triade symptomatique : fréquence, douleur et pyurie. Quoi d'étonnant ? muqueuse ulcérée, calcul septique, stagnation d'une urine ammoniacale, en faut-il davantage pour le rapide développement d'une cystite, encore que le cathétérisme eût été parfaitement aseptique ?

Un troisième malade se présente : celui-là est un vieux rétréci chez lequel, à l'occasion d'une cause hyperémiant, se déclare une rétention complète. S'il n'en est pas à sa première crise, si cette poussée

congestive n'est qu'un épisode dans la série de rétentions de plus en plus fréquentes, la stagnation de l'urine subissant la transformation ammoniacale aura créé une cystite chronique associée, plus encore que dans les deux exemples précédents, à des lésions rénales, à la redoutable infection urinaire.

On pourrait multiplier les exemples de cystites secondaires aux affections diverses de l'appareil urinaire inférieur ; il n'est pas une maladie de la prostate, du canal de l'urètre et de la vessie qui ne puisse, à un certain moment, se compléter de cystite. Tels sont les néoplasmes, les calculs et la tuberculose de la prostate, le cancer et les végétations tuberculeuses de la vessie.

Dans d'autres cas, l'affection est localisée à la muqueuse de la vessie, et la cystite domine la scène : elle est tuberculeuse ou non ; la douleur est le symptôme primordial, et cette douleur s'accompagne de contractions énergiques et incessantes du réservoir urinaire prédisposant, tout particulièrement, à l'infection rénale, l'uretère et le bassinet offrant, dans ce cas, une dilatation anormale.

La cystite blennorrhagique peut se propager au rein, d'après M. Rendu, au titre de manifestation locale d'une maladie générale, la blennorrhagie. Nous nous permettrons de mettre en doute cette manière de voir, et d'envisager la néphrite blennorrhagique comme une forme de pyélo-néphrite ascendante. L'infection vésicale due à la blennorrhagie ne sortira donc pas du cadre de notre sujet.

Obligés que nous sommes de nous restreindre, nous laisserons à d'autres le soin d'étudier l'infection vési-

cale chez la femme, et nous allons indiquer, de suite, le processus par lequel se produisent, chez l'homme, les lésions rénales ascendantes.

Et d'abord, quelles sont les lésions de la vessie ? Elles siègent, d'une manière générale, dans le trigone, occupent primitivement la muqueuse. Au niveau du col et à l'embouchure des uretères, très riches en vaisseaux, on trouve une injection générale, sous forme d'arborisations vasculaires. La muqueuse est épaissie par places et recouverte de fausses membranes au niveau du bas-fond vésical, et son épithélium disparaît. Des ulcérations, de petits foyers d'abcès, une infiltration purulente avec décollements plus ou moins étendus, la gangrène enfin peuvent être la conséquence des progrès de l'inflammation.

Si une perforation vésicale avec péritonite ne survient pas dans cette phase aiguë, la muqueuse change d'aspect et on la trouve, dans les lésions chroniques, tapissée d'une couche de muco-pus adhérent, jaunâtre ou verdâtre. Si l'on détache cet enduit, par un courant d'eau rapide, on voit la muqueuse ramollie, épaissie, présentant des taches, des ecchymoses, des ulcérations et de petits abcès. La couche musculaire, épaissie, peut à son tour s'exfolier comme la muqueuse. Dans les cystites tuberculeuses, des fungosités très saignantes atteignent le volume d'une noisette. Les tissus péri-vésicaux subissent la dégénérescence graisseuse.

De la vessie, l'infection se propage au rein, sous le nom d'*urétérite*, *pyélite*, *néphrite*, suivant qu'elle s'adresse à l'uretère, au bassinet ou à la glande rénale ; mais ces phlegmasies sont toujours associées, du

moins à une période avancée, et forment la *pyélo-néphrite*.

Le mécanisme des lésions ascendantes de l'urètre a été étudié dès J.-L. Petit, et le reflux par l'orifice urétéral des matières septiques contenues dans la vessie est l'explication la plus ancienne et la plus vraie. J.-L. Petit s'exprime ainsi : « En ouvrant les cadavres qui sont morts de rétention d'urine, j'ai observé qu'à tous ceux qui avaient eu la rétention d'urine dans la vessie, les uretères et le bassinnet du rein étaient plus dilatés qu'ils ne doivent l'être dans l'état naturel ; ce qui ne pouvait venir que de ce que l'urine, ne coulant plus dans la vessie et étant retenue dans les uretères, les avait dilatés, ainsi que le bassinnet ; et cela n'arrivait pas dans tous les temps, mais seulement dans le temps que, par négligence ou impossibilité d'être sondée, la vessie avait été longtemps et excessivement remplie d'urine.

» On conçoit bien que l'obstacle, qui empêchait les urines de passer par la verge, était comme un bouchon commun à toutes ces cavités, qui retenait l'urine dans la vessie, dans les uretères et dans les reins ; car on peut les regarder comme ne faisant ensemble qu'une seule cavité qui, n'étant pas partout de même diamètre, ni également capable de résister, se dilate aussi inégalement ; l'uretère résiste moins, et je l'ai vu quelquefois avoir plus de trois pouces de circonférence d'un côté, parce qu'une pierre, retenue dans sa partie inférieure, près de la vessie, empêchait le passage de l'urine ; l'autre côté était dans l'état naturel. Ils peuvent néanmoins être tous les deux dilatés, quand la même cause existe des deux côtés ;

ce qui existe presque toujours lorsque l'obstacle se trouve à l'urèthre ou au col de la vessie, parce que l'urine retenue fait également effort sur toutes ces parties.

« *La dilatation des uretères et celle de la vessie, portées à un certain point, détruisent ou rendent inutile l'obliquité qui est au passage des uretères dans la vessie ; elle ne sert plus, comme on dit, de valvule, ce qui fait qu'alors les urines de la vessie peuvent remonter aux reins (1).* »

Et plus loin : « L'uretère peut s'enflammer ; il peut être comprimé par quelques tumeurs voisines ; une pierre qui aura grossi dans le bassin du rein, tombant dans l'uretère, peut s'y arrêter : dans tous ces cas, l'urine, ne coulant point, sera, à l'égard du rein, ce qu'elle est à l'égard de la vessie, lorsque son col est bouché ou oblitéré par les causes que nous avons dites. (2) »

En résumé, J.-L. Petit admet comme facteur essentiel de la propagation de l'inflammation de la vessie au rein la *distension*, laquelle fait disparaître l'obliquité de l'embouchure des uretères, si favorable à l'occlusion, et fait naître une pression positive dans le réservoir urinaire, laquelle force les uretères.

J.-L. Petit ne signale pas la *paralysie* des fibres sphinctérielles de l'embouchure ; cette paralysie cependant existe et souvent est même remplacée par

(1) J.-L. Petit. *Traité des maladies chirurgicales*.

(2) J.-L. Petit, *Loc. cit.*

l'atrophie du muscle lui-même, c'est-à-dire par la *sclérose*.

Par suite de ces facteurs, il n'y a plus aucune barrière entre la vessie et les uretères, et les agents infectieux passent facilement de la première dans les seconds.

L'anatomie pathologique moderne est venue confirmer la juste description de J.-L. Petit.

Les lésions de l'urétérite ascendante se montrent sous deux formes : dans l'une, les uretères présentent une grande *dilatation*, des sinuosités et des rétrécissements valvulaires siégeant surtout aux deux extrémités du conduit ; dans l'autre, les conduits sont épaissis, indurés et englobés d'une gangue fibreuse adhérente, qui les cache et les immobilise (*péri-urétérite*). D'après Hallé(1), on rencontre dans cette variété, à l'intérieur de l'uretère, des rétrécissements annulaires fibreux comme cicatriciels, tout à fait analogues aux rétrécissements fibreux vulgaires de l'urèthre, de l'intestin, de l'œsophage.

Le *rein* peut n'être que *sclérosé*, offrant dans son parenchyme des abcès miliaires ; cette variété est la moins grave. Mais il peut présenter une *distension* considérable, lésion bien plus grave et qui se manifeste par les symptômes les plus alarmants. Le volume de la tumeur, constituée par le bassin et le rein distendu, atteint souvent la grosseur d'une tête de fœtus ou même d'adulte ; elle adhère aux tissus voisins et renferme dans son intérieur un litre et plus de

(1) Hallé. Thèse Paris, 1887.

liquide séro-purulent granuleux. L'aspect de la tumeur ouverte est spécial : le parenchyme a disparu, la paroi épaissie ne présente plus l'aspect du rein, mais celui d'une membrane fibreuse émettant des cloisons qui limitent des loges plus ou moins anfractueuses, vestiges des calices distendus.

La muqueuse du rein est gris-verdâtre, exulcérée. En dehors de cette cavité formée par le rein et le bassin, on trouve des abcès du rein.

Cette pyélo-néphrite peut être calculeuse ou non.

On comprend trop bien la gravité de semblables lésions. Aussi est-il de la plus grande importance de diagnostiquer la pyélo-néphrite au début, afin d'intervenir sans plus tarder. « Un malade, atteint d'une affection vésico-prostatique ou uréthrale, maigrit, perd l'appétit, sa langue se couvre d'un enduit épais, la déglutition des aliments solides est difficile, la digestion est lente et pénible, les forces déclinent ; en même temps, la peau devient sèche, terreuse, pâle ou jaunâtre ; une fièvre légère ou intense s'allume, quelques frissons irréguliers se manifestent ; les urines sont troubles ; l'infection vésicale a gagné les reins ; il y a pyélo-néphrite. »

La symptomatologie de la pyélo-néphrite n'est pas du cadre de notre sujet. Lorsqu'elle se présente avec son cortège de fièvre, d'état dyspeptique très mauvais, de congestions viscérales, d'amaigrissement et, enfin, de cachexie urinaire, le chirurgien n'est plus guère autorisé à intervenir ; il n'a plus qu'à attendre la mort du malade, qui surviendra dans le marasme.

Nous allons donc indiquer maintenant dans quelles circonstances nous jugeons l'infection vésicale capable

de nous faire prévoir les accidents redoutables de la pyélo-néphrite ascendante, et, par suite, d'être une indication à la cystostomie sus-pubienne.

Nous n'oublierons pas d'établir le parallèle entre cette opération et les autres, tentées sur l'appareil urinaire.

CHAPITRE III

Indications de la Cystostomie sus-pubienne.

La création d'un urèthre hypogastrique *temporaire* ou *permanent*, pour suppléer à l'urèthre normal devenu imperméable, ne nous semble pas, dans l'immense majorité des cas d'affections urinaires, devoir être tentée ; car il est bien rare que les obstacles à la miction soient d'une telle persistance et d'une telle gravité que l'on ne puisse espérer les vaincre, soit en plaçant le malade dans de meilleures conditions hygiéniques, soit en employant le cathétérisme, soit en pratiquant la simple ponction ; soit, enfin, dans les cas de rétrécissements de l'urèthre, en ayant recours à la dilatation, à la divulsion, à l'uréthrotomie, à l'électrolyse.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Pour les indications d'ordre général remplies par la cystostomie, nous nous inspirons du récent travail du docteur Poullain, de Lyon, et, comme lui, nous les rangeons sous trois rubriques :

1° *Attaquer l'infection en son foyer d'origine.* — Avant la production des lésions rénales et de l'empoisonnement urinaire, c'est dans la vessie distendue, incomplètement évacuée, que se fait l'élaboration des toxines au sein de l'urine infectée et stagnante, et leur résorption au niveau de la paroi dépourvue d'épithélium protecteur. Dans ce cas, « l'incision de la vessie au bistouri, dit M. Rollet, agit comme l'ouver-

ture d'un abcès. » Elle ouvre largement la cavité infectée, permet non-seulement l'évacuation des produits nocifs, mais encore la désinfection sérieuse de la vessie. Et ces lavages par la voie hypogastrique mettent à l'abri de l'infiltration d'urine, que n'empêchent pas les lavages pratiqués par le canal de l'urèthre. La conséquence d'une cystostomie ainsi comprise sera la sauvegarde de l'intégrité du filtre urinaire.

2° *Mettre la vessie au repos.* — C'est, pour M. Guyon, la principale indication de la cystostomie sus-pubienne.

» L'incision hypogastrique, dit-il, fait cesser comme par enchantement les phénomènes congestifs et douloureux. » Boutan attribue la cessation des douleurs et le repos de la vessie à une sorte de paralysie temporaire, consécutive au trauma opératoire. Nous croyons, pour notre part, que ce calme réparateur est dû surtout à l'absence de distension vésicale, et des vains efforts de contractions musculaires.

3° *Dériver les urines.* — En mettant à sec l'urèthre, l'ouverture de la vessie favorise toute opération que l'on aura à pratiquer sur le canal de l'urèthre ; après elle, l'infiltration et les fistules urineuses pourront être traitées plus avantageusement.

INDICATIONS PARTICULIÈRES

1° *Hypertrophie de la prostate.* — A la première période, les ressources hygiéniques conviennent et suffisent ; plus tard, le malade présente une rétention aiguë, complète d'emblée. Faut-il le cystostomiser ? Gardons-nous bien de cette intervention qui peut être si avantageusement remplacée par le cathétérisme.

Vidons la vessie, et, chez ce prostatique qui n'a point encore franchi la phase congestive de l'affection, qui n'a de la rétention que par hyperémie et non par lésions définitives, nous verrons la vessie recouvrer la miction spontanée et totale, grâce à un cathétérisme de quelques jours ou de quelques semaines.

Tel autre n'arrive pas à cet heureux résultat, et, avec ces poussées de rétention, il présente des troubles digestifs et des accès fébriles.

Il ne s'agit encore que de stagnation simple, sans rétention, la vessie ne s'évacue, lorsqu'il y a miction, que partiellement.

Instituons une régulière évacuation vésicale par la sonde. Toute miction devra se faire par cathétérisme et, par cette pratique longtemps prolongée, la régularité de la miction volontaire pourra reparaître chez lui.

A une période plus avancée, le cathétérisme sera encore indiqué, à la condition de ne pas vider complètement la vessie.

La polyurie, l'aspect terreux et cachectique du malade et ses troubles dyspeptiques croissants ne seront pas une contre-indication au cathétérisme ; l'essentiel est d'être aseptique, de faire une évacuation incomplète dans la crainte des complications que peut faire naître la brusque décompression de la vessie, et d'opérer, s'entend, suivant toutes les recommandations indiquées pour le sondage des prostatiques.

Celui-ci devient-il impossible ? — Ayons recours à la ponction inspiratrice. Celle-ci est inoffensive, les blessures du péritoine et les infiltrations d'urine dans la séreuse ne seraient qu'exceptionnellement à signaler si l'on avait été aseptique et prudent.

Mais nous avons dû répéter plusieurs fois cette ponction, et le cathétérisme est devenu impossible par suite de l'obstacle prostatique lui-même ou de fausses routes antérieures ; la prostate est décidément infranchissable ; alors seulement nous ferons l'incision hypogastrique de la vessie. Cette dernière situation se présente rarement. « Inciser la vessie, dit M. Emile Forgue, pour de simples difficultés de cathétérisme, cela reste une indication contestable. La sonde à demeure nous rend ici des services qui, le plus souvent, dispenseront d'une fistule sus-pubienne. Dans les cas rares où elle sera intolérée, où elle fera supputer l'urèthre et menacera d'infecter le malade, où l'état de la vessie et des urines alcalines rendra son séjour douloureux et l'incrusterà de phosphates, où, malgré son emploi prolongé, le malade n'arrivera pas à se sonder, il deviendra légitime d'ouvrir la vessie ».

Quelques cas heureux nous permettront d'espérer que la cystostomie ne sera que *temporaire*, que le repos donné à la vessie fera disparaître la congestion de la muqueuse vésicale, et aussi de la glande prostatique, qu'il sera bientôt permis au malade de recouvrer l'usage de son urèthre normal et d'être délivré de l'infirmité repoussante qu'est le méat hypogastrique. Comment supprimera-t-on alors l'urèthre sus-pubien devenu pour le moins inutile ? — En laissant tout simplement agir la nature. En effet, dès que l'urèthre est redevenu perméable et que les urines se mettent à en reprendre le chemin, le méat hypogastrique commence à se rétrécir progressivement et finit par s'oblitérer complètement, laissant à sa place une cicatrice solide et régulière.

Cet idéal est-il fait pour nous tenter? — Nous savons, hélas ! que des prostatiques aussi profondément atteints que ceux pour lesquels nous conseillons la cystostomie sus-pubienne, sont sans cesse sous le coup de nouvelles rétentions avec imminence d'infection urineuse. Gardons-nous donc bien de laisser agir la nature dans son œuvre réparatrice, et formons, chez eux, par un des procédés que nous indiquerons dans le manuel opératoire, un méat sus-pubien permanent. En un mot, au lieu de pratiquer sur ces malades une cystostomie temporaire, pratiquons une cystostomie permanente.

Les résultats sont en général satisfaisants, surtout si l'on tient compte de l'état antérieur fort précaire des malades

Mais, pour heureuse que soit une semblable intervention, elle n'en crée pas moins une véritable infirmité, souvent répugnante, faite pour rendre hypochondriaques les moins enclins à la mélancolie, et nous sommes loin de partager l'admiration de M. Lagoutte pour M. Poncet qui pratiqua en quelques années 63 cystostomies sur des prostatiques. Ce chiffre nous a semblé tellement fabuleux que nous avons voulu nous rendre compte des observations recueillies par M. Lagoutte, et nous en avons conclu que bon nombre des malades opérés par M. Poncet eussent pu trouver dans une thérapeutique moins retentissante un bénéfice pour le moins plus esthétique et plus compatible avec les exigences de la vie sociale.

2° *Néoplasmes de la prostate.* — D'après M. Guyon, chez la moitié des malades atteints de carcinôme de la prostate, la rétention complète existe. La cystite

est fréquente chez eux, et elle se présente avec des complications d'hémorragies abondantes que ne font qu'aggraver les tentatives de cathétérisme et même simplement les contractions du muscle vésical. Que faire contre cette cystite ? Pouvons-nous espérer l'enrayer, comme nous le faisons, par une hygiène bien comprise et le cathétérisme aseptique dans l'hypertrophie de la prostate ? — Hélas ! non. Il n'y a rien à tenter contre ces néoplasmes, et, si l'on ne veut pas voir se déchaîner les symptômes de la pyélo-néphrite ascendante, précipitant le dénouement fatal, il faut avoir recours à une fistulisation permanente au-dessus de la symphyse pubienne. Nous ne ferons que suivre, d'ailleurs, dans le cas particulier, les indications de l'anus iliaque, de la gastrostomie dans les affections néoplasiques du rectum et de l'estomac. Nous arriverons ainsi, en supprimant l'irritation locale continue, à donner quelque soulagement à un malheureux dont les jours sont comptés.

3° *Néoplasmes de la vessie.* — A la rétention causée par les caillots, à la cystite consécutive, vient s'ajouter ici, plus encore que dans les cas précédents, l'irritation incessante, par la contraction du sphincter vésical et par l'écoulement des urines. La cystostomie sus-pubienne retardera l'apparition des lésions rénales, auxquelles le malade n'échappera, d'ailleurs, que si elles sont devancées par la cachexie cancéreuse.

4° *Calculs de la vessie.* — La taille hypogastrique étant une des opérations dirigées contre eux, avec un succès d'ailleurs sensiblement égal à la lithotritie, sa rivale, nous nous contenterons d'indiquer dans quelles

circonstances elle nous paraît recommandable. En dehors de l'indication tirée du volume et de la dureté des calculs, contre lesquelles la lithotritie est impuissante, il y a en première ligne celle tirée des hémorragies vésicales si fréquentes dans cette affection. Ces hémorragies s'accompagnent d'infection vésicale, qui ne cède pas toujours à la lithotritie. Et cela se conçoit aisément si l'on songe que la lithotritie donne souvent une fausse sécurité ; car elle ne va qu'aveuglément, ne se guidant que par le contact des calculs ; mais il faut *voir* aussi, et la taille hypogastrique permet parfois de découvrir un petit calcul caché dans les replis de la muqueuse, source des hémorragies persistantes et de l'infection vésicale consécutive qui disparaîtra après l'extirpation du calcul.

Nous ne voulons pas prétendre qu'il faille, à tout calcul vésical, s'attaquer par la taille hypogastrique. La lithotritie est, en somme, une opération simple, bénigne, non sanglante, préférable, dans les cas habituels, à l'incision de la vessie. Mais celle-ci sera toujours l'indication de choix dans le cas où l'infection sera manifeste et dans la crainte de lésions urétéro-rénales ; c'est, pour employer l'expression de M. Guyon, *dans la vessie qu'on pansera le rein*.

Il est bien entendu que ce sera une cystostomie temporaire ; le repos donné à la vessie ne devra pas être de longue durée.

5° *Rétrécissements de l'urèthre*. — Le traitement d'un rétrécissement de l'urèthre consiste essentiellement dans la dilatation. L'uréthrotomie interne et l'électrolyse linéaire trouvent toujours leur indication dans les rétrécissements traumatiques franchissables,

dans les rétrécissements inflammatoires difficiles à franchir, dans les rétrécissements irritables et dans les rétrécissements élastiques. L'uréthrotomie externe se fera dans les rétrécissements infranchissables et dans les rétrécissements très étendus.

Il semble donc rester peu d'indications à la cystostomie sus-pubienne, étant donné surtout que, même lorsqu'il y a rétention incomplète d'urine et infiltration, le chirurgien se trouve satisfait de l'uréthrotomie interne, qu'il considère en général comme un moyen suffisant de drainage de la vessie et du rein.

Il est cependant des cas où la plus importante des indications est l'antisepsie vésicale ; elle est surtout impérieuse dans les formes chroniques, alors que la pyélo-néphrite est déjà à son début. Eh bien ! dans ces cas, l'uréthrotomie interne est presque toujours suivie d'un accès aigu. On ne se mettra pas à l'abri de cette complication en plaçant, après l'opération, une sonde à demeure ; car elle est une voie d'infection et une source d'irritation de l'urèthre et de la vessie. M. Guyon, dont l'habileté est indiscutable, l'a constaté plusieurs fois.

Du reste, lorsque la vessie est profondément altérée, l'uréthrotomie interne n'assure pas une évacuation parfaite du réservoir vésical, et les phénomènes infectieux persistent. Enfin, nous avons dit que les lavages par la voie uréthrale sont insuffisants et souvent difficilement tolérés par le malade.

Le mauvais état général du malade, l'intensité des phénomènes infectieux doivent donc déterminer à faire la cystostomie sus-pubienne chez les rétrécis, qui succomberaient à la pyélo-néphrite ascendante et

à l'empoisonnement urinaire, malgré le débridement du canal et la sonde à demeure. C'est, en particulier, l'opinion de M. E. Rollet et de M. Lejars.

Lorsque la vessie sera ainsi mise au repos par la taille sus-pubienne, lorsque les urines seront devenues aseptiques, alors on pourra intervenir contre le rétrécissement par l'uréthrotomie et la sonde à demeure; la cystostomie n'aura donc été que temporaire.

Dans les cas les plus graves, où la déchéance organique de l'urètre et de la vessie ne permettra plus de s'attaquer au rétrécissement lui-même, le méat sus-pubien pourra devenir permanent. Mais les cas sont très rares, et l'on peut poser en principe que, chez les rétrécis, la cystotomie est adjuvante, préliminaire ou complémentaire des opérations effectuées pour la cure des rétrécissements.

C'est ainsi envisagée qu'elle devient, en particulier, d'une grande utilité dans le traitement de l'infection urinaire et des fistules compliquées de l'urètre.

6° *Cystite douloureuse tuberculeuse ou non.* — La cystostomie sous-pubienne est encore souvent indiquée dans les cystites qui ne sont pas consécutives aux lésions urinaires précédemment étudiées.

Nous semblons sortir du cadre de notre sujet, en donnant ici la cystite douloureuse comme une indication de l'incision hypogastrique de la vessie. Il n'en est rien, puisque nous montrerons que *l'élément douleur engendre tôt ou tard l'élément infection.*

Donc, la caractéristique de certaines cystites est de présenter des douleurs d'une intensité exceptionnelle rendant la vie intolérable au malade, contre lesquelles

tous les traitements ont échoué : opium, cocaïne, instillations de nitrate d'argent ou de sublimé. Il est remarquable de constater que l'incision de la vessie, comme MM. Guyon et Hartman l'ont montré, fait disparaître les crises douloureuses. En effet, elles consistent en une contracture spasmodique de tout l'appareil musculaire de la vessie, contracture déterminée par une action réflexe, dont le point de départ est la mise en tension de la muqueuse enflammée.

Le repos, donné à la vessie par l'incision hypogastrique, explique le soulagement immédiat apporté au malade. Et si l'on songe que la douleur est souvent symptomatique d'affections calculeuses, néoplasiques, etc., que nous avons envisagées dans les précédents paragraphes, elle ne sera que plus justiciable de l'incision hypogastrique.

Mais celle-ci a un résultat plus éloigné que la cessation de la douleur ; cette inflammation de la muqueuse est le premier stade de l'infection vésicale qui s'étendra rapidement à l'uretère et au rein, si l'on ne modifie le foyer inflammatoire. L'incision hypogastrique s'attaque donc à un double élément : douleur, infection.

L'intervention chirurgicale créera pendant un certain temps, quelques jours, quelques mois, parfois pour toujours, une fistule hypogastrique ; en un mot, tant que la vessie restera irritable.

Et malheureusement, elle le redevient souvent lorsque le cours normal des urines est rétabli ; alors cependant que l'examen attentif de la vessie n'avait pu déceler de lésions infectieuses ou inflammatoires.

Nous venons de passer rapidement en revue les

diverses circonstances où *l'infection vésicale est une indication de la cystostomie sus-pubienne, et où celle-ci permet d'enrayer la marche de la pyélo-néphrite ascendante.*

Quelle est donc cette opération ? Il est temps d'en décrire le manuel, et c'est ce que nous allons entreprendre.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire.

Nous décrirons sommairement le procédé de M. Poncet qui pourra, selon les cas, subir quelques modifications.

L'instrumentation de la cystostomie sus-pubienne est simple : un bistouri ordinaire, des écarteurs, quelques pinces hémostatiques, une aiguille courbe, des fils de soie ou métalliques, quelques sondes, une seringue de Pravaz.

Procédé de M. Poncet. — Anasthésie, position de Trendelenbourg, pas de ballon de Petersen (1).

L'opération se fait en cinq temps.

Premier temps : Incision cutanée. — Elle est médiane et, partant du bord supérieur du pubis, mesure 6 à 8 centimètres dans le sens vertical. Elle comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Deuxième temps : Incision de la ligne blanche. — Avec la pointe du bistouri, on incise la ligne blanche, tirée en haut par la main d'un aide, en partant du bord supérieur du pubis ; et, dans le but de ménager plus sûrement le cul-de-sac péritonéal et ultérieurement d'éviter une petite éventration possible, on s'arrête en haut, à quelques millimètres au-dessous de l'incision cutanée.

(1) Nous dirons à la fin de ce chapitre ce que nous pensons de l'emploi du ballon de Petersen.

Troisième temps : Recherche de la paroi antérieure de la vessie, refoulement du cul-de-sac péritonéal. —

La ligne blanche et le fascia transversalis incisés, on pénètre, avec l'extrémité de chaque index faisant l'office de crochet, à travers la boutonnière musculaire formée par les bords internes des muscles droits. Lorsque l'aponévrose n'a pas été incisée jusqu'au bord supérieur du pubis, on la complète par en bas. Il est parfois utile, quand la vessie est profondément située, d'inciser chaque droit de l'abdomen au niveau de son insertion au pubis, incisions libératrices d'ailleurs peu étendues (3 à 4 millimètres en moyenne), dans la crainte de compromettre par la suite les fonctions de l'espèce de sphincter que forment les deux muscles droits, et qui doit enserrer le nouveau canal. On aperçoit alors la vessie, en faisant écarter la plaie avec des crochets mousses, et le doigt perçoit, en la touchant, la sensation d'un ballon de caoutchouc. Alors, pour éviter le péritoine, on fait la manœuvre suivante : l'index de la main gauche pénètre dans le tissu cellulaire prévésical, se glisse sous le pubis et va jusqu'au col de la vessie. A ce niveau, recourbé en crochet, il suit la face antérieure de la vessie, décollant tout ce qui n'appartient pas à cette paroi. Le cul-de-sac péritonéal est ainsi soulevé et maintenu dans cette position par l'extrémité de l'index qui ne l'abandonne plus, jusqu'au moment où la paroi vésicale a été incisée.

Quatrième temps : Ouverture de la vessie. — L'index gauche restant en place, on enfonce au-dessous de lui le bistouri d'un coup sec, et l'on fait dans la paroi vésicale antérieure une ouverture de 10 à 12 milli-

mètres. La vessie est vidée, on l'explore avec l'index, qui enlève les calculs s'il en rencontre. On saisit chaque lèvre de la plaie vésicale avec une pince hémostatique et on pratique une irrigation à l'eau distillée stérilisée ou à l'eau boriquée à 4‰.

Cinquième temps : Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale. — Ce temps est très important, et répond à une triple indication : 1° Éviter l'infiltration urineuse ; 2° maintenir béante l'ouverture de la vessie ; 3° tapisser le méat d'une muqueuse, pour éviter la rétraction cicatricielle. Chez les sujets très gros, il est souvent impossible d'amener au contact la peau et la muqueuse. Pour remédier à cet inconvénient, on a proposé d'enlever la graisse de façon à diminuer l'épaisseur de la paroi, ou bien de se contenter de rapprocher simplement peau et muqueuse, qui ultérieurement se rejoindront. Les sutures, partant de 4 ou 5 millimètres du bord de l'incision, intéresseront la paroi de la vessie, le bord interne de chaque muscle droit, le tissu cellulaire et la peau, d'où elles sortiront à 5 ou 6 millimètres des bords. Pas de pansement, de peur d'entraver le libre cours de l'urine, avec ou sans drainage, suivant l'opinion des auteurs.

Modifications du manuel opératoire. — Elles ont été préconisées, pour la plupart, en vue de créer un urèthre hypogastrique *continent*. M. Jaboulay a proposé de pratiquer l'incision vésicale au milieu des fibres musculaires de l'un des droits abdominaux, de façon à créer autour de l'orifice une sorte de boutonnière jouant le rôle de sphincter. Les résultats ont été moins bons que ceux de l'incision médiane.

Mac Guire incise la vessie non à la partie antérieure, immédiatement au rapport avec la section abdominale, mais profondément au voisinage du col. On obtient ainsi un urèthre plus long et une certaine continence, puisque le malade peut à volonté, d'après le chirurgien américain, retenir ou expulser son contenu vésical.

Un autre procédé, dû à M. *Wassilief*, lui a été inspiré par les résultats observés à l'autopsie d'un cystostomisé, chez lequel le canal étendu de la vessie à la peau présentait une paroi très mince. Cette paroi était exclusivement formée par la muqueuse vésicale et une tunique du tissu conjonctif: la musculuse de l'organe n'en faisait pas partie. Cette disposition accidentelle est due probablement à ce que les fils avaient coupé la musculuse. M. *Wassilief* cherche à l'obtenir en décortiquant avec les doigts la muqueuse vésicale peu adhérente à la musculuse. On a ainsi un canal avec sphincter lisse profond, formé par les fils de la musculuse, et un sphincter strié formé par les muscles droits. Ce procédé ne donne pas plus de continence et moins de sécurité.

Nous trouvons une opération où *Zweifel*, faisant l'ouverture de la vessie en arrière, a créé sur la paroi vésicale postérieure un conduit artificiel. Il s'agissait d'une malade atteinte d'épithélioma de l'urèthre. Après l'extirpation du néoplasme et l'occlusion complète de la vessie en bas, ce chirurgien procéda à la formation d'un urèthre artificiel à travers les parois abdominales. L'incision vésicale porta sur la face postérieure de la vessie et fut très petite; on introduisit dans cette fente une sonde en caoutchouc à bout coupé

en biais. Ce tube fut fixé par des sutures de soie très fine, dans un canal néoformé, entouré complètement par du péritoine. La sonde a été laissée, et la malade, guérie, urine à volonté en ouvrant un petit robinet qu'elle ferme après la miction.

Malgré ce succès, le procédé de Zweifel doit être abandonné; la méthode intra-péritonéale expose à trop de dangers.

Martin, de Cologne, dans une cystostomie sus-pubienne pour rétention aiguë chez un prostatique, introduisit une sonde de Nélaton dans la ponction faite sur la paroi vésicale supérieure, puis il coucha cette sonde sur cette paroi; et, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, des fils de catgut ramenèrent les parois vésicales en avant d'elle. Pour cela, chaque fil pénétrant dans la paroi vésicale, à droite de la sonde, ressortait à ses côtés et, passant en avant d'elle, pénétrait à nouveau dans la paroi vésicale à sa gauche. Une fois l'anse serrée, la sonde se trouvait ainsi encadrée par un canal musculaire complet. Le malade continue à porter une sonde en permanence, malgré la continence relative de son nouvel urèthre.

Wiesinger a appliqué le procédé de *Martin* chez une femme de 70 ans ayant un épithélioma de l'urèthre.

La cystostomie sus-pubienne, pratiquée d'après les préceptes de M. Poncet ou de Mac Guire, aboutit, on le voit, en dépit des modifications tentées par tous les chirurgiens pour obtenir la continence, à une infirmité incontestable. L'avenir nous réserve-t-il dans cet ordre d'idées une agréable surprise? — Nous osons l'espérer; la chirurgie des voies urinaires n'a pas dit son dernier mot.

Note sur l'emploi du ballon de Petersen dans la cystostomie sus-pubienne.

On a beaucoup discuté sur l'utilité du ballon de Petersen dans la taille hypogastrique. On lui attribue l'effet d'amener la vessie au contact de la paroi abdominale au-devant, pour ainsi dire, du couteau du chirurgien. Il faciliterait, en d'autres termes, l'accès du réservoir urinaire.

Néanmoins, aujourd'hui, la plupart des opérateurs ne compliquent plus la technique opératoire par son application. Les motifs qu'ils allèguent sont d'ordres divers :

1° Son inutilité. — La vessie, lorsque l'on pratique la cystostomie, est presque toujours remplie, par conséquent très accessible. Si la vessie est vide, et qu'il existe, soit une hypertrophie de la prostate, soit une tuberculose ou un néoplasme de cet organe, la vessie est immobilisée par la masse de la prostate malade et le ballon de Petersen ne la soulève pas notablement.

Ce qui peut être difficile, c'est le décollement du cul-de-sac antérieur du péritoine d'avec la vessie ; or, le ballon de Petersen ne facilite pas ce travail.

2° Ses dangers. — Plusieurs observations ont été citées dans lesquelles le ballon rempli, tout au plus de 100 à 150 grammes de liquide, a occasionné la rupture du rectum et des accidents mortels.

De plus, on court le danger, en appliquant cette poire en caoutchouc, d'amener une rupture de la vessie. La chose est facile à comprendre ; la vessie est distendue ; ses parois sont friables, car elles sont enflammées ; le ballon, par sa pression, augmente la

tension du liquide intra-vésical et peut en rompre les parois.

Enfin, même lorsque cet accident ne se produit pas, le temps pendant lequel la paroi friable de la vessie est comprimée entre le liquide urinaire et le ballon, permet à la cloison recto-vaginale de subir des altérations dans sa nutrition qui la prédisposent à la gangrène.

Enfin, nous ne signalerons pas cet autre inconvénient que présente le ballon de nécessiter la présence d'un aide supplémentaire et non des moins expérimentés pour placer le ballon. Cet aide, cela va sans dire, ne pourra pas prendre part à la cystostomie en elle-même.

Entre ces deux opinions contraires, que conclure ? — Nous nous bornons à constater que l'emploi du ballon de Petersen perd tous les jours plus de terrain, et que l'immense majorité des opérateurs l'a abandonné.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(in thèse de Boutan, — Résumée).

Prostatique calculeux. — Infection avancée. — Mort.

C... (Jean-Baptiste), âgé de 70 ans, cultivateur, entre à la Pitié le 29 janvier 1893.

Ses accidents urinaires remontent à trois ans, ils ont continué jusqu'à ce jour et, de plus, il a eu une rétention il y a dix-huit mois que l'on a fait disparaître par un cathétérisme avec une sonde molle.

Il y a trois semaines environ, les mictions devinrent douloureuses et, finalement, une rétention se produisit deux jours avant son entrée.

Lorsqu'il se présente, la rétention n'a pu être levée par un cathétérisme fait en ville, le canal est saignant. Mauvais état général, langue sèche, soif vive, M. Tillaux pratique le cathétérisme avec une sonde métallique et retire une certaine quantité d'urine sanglante, sans odeur notable. Pas de calcul. Lavage de la vessie à l'eau boriquée au moyen d'une sonde de Nélaton. Le soir, sonde à demeure.

Le 31 janvier, le malade souffrant, quoique sa sonde fonctionne bien, la retire.

1^{er} février, nouvelle sonde à demeure et lavage à l'eau boriquée. La sonde fonctionne mal, à cause des caillots.

2 février, on change la sonde. A une heure de l'après-midi, la sonde n'a pas fonctionné : ponction hypogastrique. La douleur et l'évacuation difficile continuant, M. Tillaux pratique la cystostomie le 4 février. Température, 38°. Évacuation d'un flot d'urine foncée à odeur ammoniacale et contenant des flocons blanchâtres. On

ne constate pas de tumeur ni de calcul ; mais le doigt reconnaît une prostate hypertrophiée dans sa totalité.

Soulagement immédiat, abaissement de la température à 37°.

Le lendemain, des signes de congestion pulmonaire se manifestent ; ils persistent sans augmentation jusqu'au 8 février. A partir de ce moment, l'état devient grave et le malade s'éteint le 10 janvier par suite de cachexie urinaire.

AUTOPSIE. — 11 février, 30 heures après la mort. Congestion pulmonaire et *pyélo-néphrite suppurée*.

OBSERVATION II

(Publiée par M. le professeur agrégé Frœlich dans la *Revue médicale de l'Est* du 15 juillet 1895)

Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. — Tuberculose de la prostate. — Vessie infectée. — Cystostomie sus-pubienne. — Guérison depuis un an.

Le nommé D..., 35 ans, sans antécédents héréditaires, a eu, en 1879, il y a 15 ans, une blennorrhagie dont il n'a jamais complètement guéri.

Les troubles de la miction ont existé depuis cette époque d'une façon intermittente. Pendant les années 1893 et 1894, le jet d'urine est allé en diminuant de calibre.

Le 30 juillet 1894, première rétention aiguë. Le cathétérisme pratiqué en ville par un médecin est très laborieux, le malade saigne abondamment.

Pendant 10 jours, cathétérisme 2 fois par jour, au moyen d'une sonde fine.

Enfin, le 11 août, le cathétérisme devint impossible.

11 août. — Le malade entre à l'hôpital avec une vessie très distendue. — Ponction hypogastrique. — *Urines troubles et fétides*. — Au toucher rectal, deux nodules dans la prostate, une à droite, l'autre, plus volumineuse, à gauche. — Rien aux épидidymes. — *Température 39°*. — *Langue sèche*. — Ténésme vésical et rectal. — Douleurs rénales.

12 août. — Ponction vésicale. — Tentatives de cathétérisme, il existe un rétrécissement dans la région bulbaire. — *Température 38°*.

Dans les jours qui suivent, nouvelles ponctions et tentatives inutiles de sondage.

Enfin le 16 août. — Cystostomie sus-pubienne, sans ballon de Pétersen. — La vessie est distendue par de l'urine.

La décortication de la vessie est difficile. — Incision de la vessie. — La couche musculaire seule est sectionnée et la muqueuse restée intacte fait hernie à travers la boutonnière musculaire, sous forme d'un petit kyste pédiculé, bleuâtre et transparent.

Section de la muqueuse. — *Liquide urinaire infecté*. — La suture de la vessie à la peau est impossible, les deux organes ne sont que rapprochés.

17 août. — Température 38°,5. — Les jours suivants, température 37°, l'état général se remonte et la guérison se fait sans encombre.

Le 18 septembre 1894, le malade quitte l'hôpital avec un obturateur. (Genre obturateur Loumeau et Poncet.)

Le 3 juillet 1895, le malade est revu. — Il se trouve très bien avec son urinal qu'il vide 3 ou 4 fois par jour, et qu'il nettoie toutes les 24 heures avec du Van Swieten.

Il a repris son métier de plâtrier.

Une goutte d'urine apparaît quelquefois au méat normal et cause de la cuisson. — Douleurs rénales intermittentes, peu intenses. — État général excellent.

OBSERVATION III

(Citée par M. Wassilieff, *Gaz. des hôpitaux*, 17 avril 1894.)

Prostatique calculeux. — Cystostomie après taille guérie.

G... (Pierre), âgé de 65 ans, tailleur de pierre, sans antécédents héréditaires fut envoyé dans le service de M. le professeur Tillaux, par le docteur Hamonic.

Ce malade souffre de la vessie depuis fort longtemps.

La première atteinte a eu lieu à Angoulême vingt ans auparavant. Il eut alors des douleurs violentes à la fin de la miction, et une rétention brusque d'urine, qui se reproduisit trois ans après.

Nouvelle atteinte, vingt ans après, au commencement de l'année

1892, avec hématurie en plus. Le malade entre à l'hôpital Necker. On le sonde, on le fait saigner et souffrir.

Pas de calcul, lavages vésicaux.

Mécontent, il quitte Necker après trois jours et rentre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tillaux. Là, il eut deux hématuries, mais ne fut pas sondé ; il demandait sa sortie au bout de quelques jours, se sentant beaucoup mieux.

Rien pendant l'année 1892. A la fin cependant de décembre, les mictions fréquentes, les douleurs, *le trouble des urines* revinrent. Le malade consulte M. Hamonic.

Cathétérisme, pas de pierre, lavages boriqués.

Amélioration jusqu'en février 1893. Nouvelles hématuries, nouveau cathétérisme. Sensation de pierre. Le malade est envoyé à la Pitié.

Tous les signes de la *cystite calculeuse*. On explora la vessie et l'on trouva une masse rugueuse de trois centimètres environ. Mais l'exploration est très douloureuse et suivie d'hématurie, le malade ne peut seulement pas subir les lavages.

13 avril, taille hypogastrique simple. On enlève un calcul phosphatique. Tubes de Perier-Guyon.

Suites simples. Le malade quitte le service au bout de deux mois, son méat hypogastrique fermé.

Il rentre de nouveau à la Pitié au mois d'août 1893.

Nouvelles douleurs de la miction. Tuméfaction au niveau de la cicatrice, abcès, fistule laissant passer quelques gouttes d'urine.

Le malade réclame de nouveau l'ouverture de sa vessie.

Opération de Poncet, cette fois par M. le professeur agrégé Jalaguier. Soulagement immédiat. Reprise de l'appétit et de l'embonpoint.

Peu à peu, l'orifice se rétrécit et le malade pouvait garder ses urines pendant quatre et cinq heures, deux mois après l'opération. Dans la position couchée, il y a de l'incontinence. Remarque importante, le malade se penche légèrement en avant quand il veut uriner, il se redresse légèrement quand il veut cesser. L'action d'arrêt serait donc due en cette circonstance aux muscles droits.

OBSERVATION IV

(Publiée par M. Rollet, in *Lyon médical*, 22 octobre 1893).

Cystostomie sus-pubienne pour phénomènes d'infection urinaire.

— *Uréthrotomie externe. — Guérison.*

J... (Pierre-Constant), journalier, 43 ans, entré le 29 juillet 1892, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 22, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet.

Pas d'autres antécédents personnels qu'un écoulement urétral à l'âge de 17 ans, il fut du reste peu douloureux et eut une durée d'une dizaine de jours.

Incontinence d'urine diurne et nocturne datant du mois de janvier dernier. Depuis un an environ, les mictions étaient plus fréquentes, le jet avait diminué de force, mais jamais le malade n'avait eu de rétention aiguë. A son entrée à l'hôpital, malgré une séance prolongée, on ne peut passer les bougies les plus fines.

1^{er} août. — Le malade a de la distension vésicale par rétention, les sondes ne peuvent passer. *Teint jaunâtre, anorexie, langue urinaire, frissons, température à 40°, 1.*

M. Rollet pratique l'uréthrotomie externe sans conducteur et la cystostomie sus-pubienne. On n'essaye pas le cathétérisme rétrograde, et l'on place une sonde à demeure qui est introduite par le méat et fixée au périnée. Drainage de la plaie hypogastrique après d'abondantes irrigations vésicales à l'eau boriquée. Les urines contenues dans la vessie sont *très troubles et purulentes*.

2 août. — L'état général est très bon.

5 août. — On enlève la sonde hypogastrique.

10 septembre. — La fistule sus-pubienne est fermée.

10 octobre. La plaie périnéale est cicatrisée. On passe les Bénédict.

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. Rollet, suppléant M. le professeur Poncet, par M. Egger, interne suppléant des hôpitaux de Lyon).

Rétention aiguë d'urine putride. — Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. — Cystostomie sus-pubienne. — Deux jours après, uréthrectomie avec uréthroplastie immédiate. — Guérison.

P... (Emile), 37 ans, employé de commerce, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 8, le 9 août 1894. Bonne santé habituelle en dehors des accidents vénériens suivants :

Première blennorragie à l'âge de 14 ans, contractée au Brésil. Depuis cette époque, le canal n'a jamais cessé de couler plus ou moins. A l'âge de 20 ans, le malade avait déjà quelques difficultés pour uriner. A 24 ans, l'urine passait difficilement par jet petit et faible. A plusieurs reprises on a dû sonder le malade pour rétention passagère. En 1885, à la suite d'une rétention d'urine, on fit la cure du rétrécissement par l'électrolyse. En 1886, chancre de la verge suivi des accidents secondaires habituels : roséole, plaques muqueuses.

Depuis longtemps existent des troubles *gastriques*, des *mouvements fébriles*, de la *céphalée*. Le malade, qui habitait le Brésil, s'est peu ou mal soigné.

Le malade, en état de rétention aiguë, entre d'urgence. Il a été visité en ville par un médecin qui n'a pu le sonder ; écoulement sanguin après ces tentatives. En arrivant, l'infirmier essaie le cathétérisme, mais en pure perte. Enfin, l'interne essaie en vain de passer avec la sonde n° 7 et les bougies n°s 4 et 5. La verge est tuméfiée ; depuis la veille, au dire du malade, écoulement séro-sanguinolent. Vessie à l'ombilic, bien dessinée, dure, douloureuse. Le malade émet par regorgement quelques gouttes d'*urines putrides, ammoniacales*. Douleurs intenses. État général médiocre. Température peu élevée.

Opération d'urgence, à 9 heures du soir. M. Rollet sonde le malade et constate une fausse route ; uréthrorragie. Il décide aussitôt l'intervention et fait une incision de 5 centimètres sur la ligne médiane, à 3 centimètres du pubis. Les parois abdominales inci-

sées, on tombe sur le cul-de-sac péritonéal que l'on peut suivre jusqu'au pubis où il adhère par une faible bride qui permet de l'en détacher ; on le récline. On incise alors la vessie qui donne issue à plus d'un litre d'*urine fétide, trouble* ; quatre fils métalliques réunissent la muqueuse vésicale et les muscles de la paroi abdominale. Pendant cette suture, on a de la peine à retenir le péritoine qui tend à s'interposer entre la plaie vésicale et la plaie cutanée. Lavage. Salol.

10 août. — Rétention par une membrane interposée entre la paroi abdominale. On passe facilement une sonde, on évacue et on lave.

11 août. — *Opération pour la reconstitution du canal.* — Impossibilité absolue d'introduire par la verge la plus petite bougie. On introduit avec difficulté un cathéter cannelé par la vessie, lequel s'arrête au niveau du bulbe. Incision médiane, hémorragie artérielle difficile à arrêter, les tissus étant très friables et cédant à tout effort de forcipressure ; on ne devient maître de l'hémorragie que par la thermo-cautérisation, ce qui, d'ailleurs, prolonge l'opération. Le canal n'est pas reconnaissable, les tissus sont en bouillie. Pour passer une sonde molle par l'urèthre antérieur, on est obligé de faire l'uréthrotomie interne, le canal étant le siège de plusieurs rétrécissements.

On fixe ensuite l'extrémité de la sonde de Nélaton à celle du cathéter, et on l'attire dans la vessie. Après avoir fixé la sonde au prépuce en avant, à la lèvre de la plaie sus-pubienne en arrière, on fait une suture à trois étages (aponévrose, muscles, peau), à la soie et au fil métallique, et un pansement compressif. L'hémorragie paraît arrêtée.

10 août. — Pansement. La plupart des sutures périnéales tiennent. Mais la région est un peu saillante, et, à la pression, on provoque l'issue de pus près de l'anus. Pas de fièvre.

17 septembre. — Fistule sus-pubienne fermée depuis une dizaine de jours, fistule périnéale fermée depuis deux jours. Etat général excellent.

Le malade est resté vingt-quatre jours avec la sonde à demeure et trente-deux jours au lit ; au début, on faisait trois injections vésicales par jour.

OBSERVATION VI

(in thèse de Auneau).

Prostatique avec infection vésicale et rénale avancée. — Mort.

Le nommé A..., âgé de 78 ans, entre le 13 septembre à l'hôpital Lariboisière pour des accidents de rétention d'urine. L'état général de ce malade est mauvais ; son tube digestif fonctionne mal, il a beaucoup maigri depuis quelque temps et présente, en un mot, tous les symptômes de la *cachexie urinaire*.

A l'examen, le globe vésical remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade se sonde très difficilement et évacue des *urines troubles*. Récemment, en ville, un cathétérisme fait avec un instrument métallique a amené une hémorragie considérable qui a engagé le malade à entrer et qui fait penser à un néoplasme. Au moment où ce malade se présente à Lariboisière, la rétention est absolue. La palpation des régions rénales est douloureuse du côté droit ; du côté gauche, il semble qu'il y ait un peu de tuméfaction du rein ; mais il n'existe pas de ballonnement et il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique. Le toucher rectal fait reconnaître une prostate énorme.

M. Picqué fait le cathétérisme avec la sonde de Nélaton et pénètre facilement dans la vessie sans ramener de sang. La vessie fut complètement vidée et cette évacuation permit de constater l'absence de néoplasme vésical. Mais la rétention parut de suite. Le problème se posait alors dans ces termes : Sonde à demeure ou cystostomie sus-pubienne. En présence du mauvais état général du malade, M. Picqué se décida pour la première solution. Une sonde de Nélaton n° 14 fut laissée à demeure pendant huit jours. L'évacuation de la vessie se fit bien, mais l'état du malade n'en fut pas amélioré, la santé périclita de plus en plus. Le malade était resté apyrétique pendant les six premiers jours : la température s'éleva un peu seulement les deux derniers. La sonde à demeure ne fut pas retirée ; quelques lavages à l'eau boriquée tiède furent faits ; mais l'urine resta trouble, comme elle l'avait toujours été depuis son entrée et la rétention se reproduisit. M. Picqué se décida à lui pratiquer la cystostomie, autant pour lui éviter les inconvénients de cette sonde à demeure que pour permettre un lavage plus complet

de la cavité vésicale. Aussitôt l'incision de la vessie faite, un corps noirâtre apparut. La traction amena un sac tout entier, sac épais, brineux, incrusté de quelques grains phosphatiques, qui n'était autre chose que le moule de la vessie. La pièce n'a pas été examinée au microscope. Lavages et drainage. L'affaiblissement du malade alla en augmentant et le malade succomba au quatrième jour.

AUTOPSIE. — Foyers de bronchopneumonie. Reins petits, sclérosés, contenant des foyers purulents. *Pyélo-néphrite suppurée.*

OBSERVATION VII

(Personnelle.)

Tuberculose de la prostate. — Infection vésicale, pyélo-néphrite. — Mort.

H..., 54 ans, journalier. Marié, pas d'enfant. Sa femme vit encore ; elle est bien portante. Il a quatre frères dont l'un a été tué par accident. Il a toujours eu une bonne santé, n'aurait jamais fait de maladie. Il ne tousse pas, il ne crache pas.

État actuel. — Physionomie normale, amaigrissement, perte d'appétit, langue sèche, lèvres fuligineuses ; fièvre continue à 38° avec exacerbations temporaires à 39°,5.

Organes urinaires. — La peau des bourses est rouge violacé ; on constate une fistule à la région périnéo-scrotale ; les bords de cette fistule sont très indurés ; par cette fistule suinte de l'urine. Incontinence par regorgement. Envies d'uriner fréquentes (30 à 40 par jour). L'urine s'écoule goutte à goutte presque continuellement, en bavant.

Mictions très douloureuses. — La miction était devenue très fréquente depuis deux ans ; l'incontinence datait de deux mois. La fistule s'était constituée un an seulement auparavant.

Prostate. — Au toucher rectal, on la sent très augmentée de volume ; le lobe médian et le lobe latéral gauche surtout sont très hypertrophiés ; la prostate a le volume d'une petite mandarine. Sa surface est un peu irrégulière, ce qui peut faire croire à l'existence d'une tumeur.

Le cathétérisme vésical est difficile, fait saigner et évacue une notable quantité d'*urine infectée.*

Les urines dont on a pu apprécier la quantité sont *troubles* et laissent déposer un sédiment très abondant composé de *pus* et de phosphates ; l'albumine est en très grande quantité ; pas de sucre.

Reins. — Le malade se plaint de douleurs parfois très violentes dans la région lombaire ; cette douleur est exagérée par la palpation et les difficultés de la miction.

Poumons. — Les sommets sont indemnes. On constate des râles sous-crépitants dans les deux bases ; submatité à ce niveau.

Cœur. — Les battements sont réguliers, mais faibles et espacés ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal ; pas de souffle.

Opération. — *Cystostomie sus-pubienne* pratiquée par M. le professeur agrégé Frœlich. Le malade meurt d'urémie trois jours pleins après.

AUTOPSIE.

Reins. — Les deux reins sont transformés en une *éponge purulente* dans laquelle plusieurs grosses cavités, du volume d'un œuf ou d'une noix. La substance sécrétante n'est plus visible nulle part. La surface du rein est gris-jaunâtre.

Les uretères sont gros et contiennent du *pus*.

La capsule adipeuse du rein est sclérosée et contient quelques *foyers purulents* du volume d'un pois.

Vessie. — Ses parois sont épaissies, jaunâtres dans la majeure partie de leur étendue : certaines parties sont rouges, congestionnées ; on trouve une infiltration phosphatique des parois.

Prostate. — Contient trois noyaux tuberculeux ; l'un, dense, ramolli, communique à l'extérieur par la fistule.

Poumons. — Congestion des deux bases ; emphysème des lobes supérieurs et de la partie antérieure des lobes moyens.

Cœur. — Petit ; dégénérescence graisseuse ; très pâle à la coupe ; pas de lésions orificielles ; plaques laiteuses de péri-cardite.

Foie. — Gras, de volume normal.

Rate. — Molle et très friable.

Cerveau. — Congestion et œdème.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Vautrin.)

Cystite tuberculeuse.

M. . . , 26 ans, garçon de café. Santé précaire. Tuberculose pulmonaire assez avancée. Éthylisme.

Ce malade est atteint de cystite tuberculeuse très douloureuse. Pissements de *pus*. A eu quelques hématuries.

En novembre 1894, je lui fais une cystostomie par le procédé ordinaire.

Je trouve une vaste ulcération du col et une prostate volumineuse. Le bas-fond vésical est rouge et tuméfié, *recouvert de pus*.

La fistule rapidement organisée donne passage à l'urine d'une manière continue. Les douleurs disparaissent en partie seulement. Le malade quitte le pensionnat après 25 jours de séjour. Depuis ce moment je ne l'ai plus revu.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans le service de M. le professeur Gross, par notre ami Vaney, interne du service. — Résumé.)

Hypertrophie de la prostate. Uréthrite. Infection de la vessie. Cystostomie sus-pubienne.

J. Adolphe, 68 ans, jardinier. — Pas d'antécédents en rapport avec la maladie actuelle.

Depuis plusieurs années, mictions moins faciles pendant l'hiver. Il y a quinze mois elles sont devenues fréquentes, pénibles, le plus souvent nocturnes ; elles exigèrent bientôt l'emploi constant d'une sonde. La répétition inconsidérée du cathétérisme et le défaut d'asepsie occasionnèrent il y a quelques mois une uréthrite.

Etat actuel. — Malade amaigri, mais ne se plaignant que de ses douleurs vésicales. Les troubles de la miction ont nécessité la pose d'une sonde à demeure qui est difficilement supportée. Uréthrite ; douleurs presque continuelles dans la région rénale droite.

Urines troubles, laissant un abondant *dépôt blanchâtre* au fond du vase. La prostate est très hypertrophiée.

Cachets de salol et lavements du rectum quelques jours avant l'opération.

Opération. — Cystostomie sus-pubienne le 6 décembre 1895. Ballon de Pétersen. Pansement iodoformé, fixé par un bandage de corps; une sonde à demeure, introduite par la plaie, est laissée dans l'urèthre.

Les jours suivants, administration de salol. Lavages boriqués, puis, à partir du 11, lavages à la solution d'azotate d'argent à 1/1000.

La sonde est enlevée le 15 et on pratique dans le canal une injection de nitrate d'argent.

Depuis ce jour, l'état s'est beaucoup amélioré.

OBSERVATION X

(in thèse Michon. — Résumée.)

Cystite douloureuse. — Post-blennorrhagique. — Infection vésicale. — Traitement par les instillations sans résultat. — Taille hypogastrique. — Guérison.

Le nommé G., âgé de 31 ans, entré le 27 avril 1891 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 5, service de M. le Professeur Guyon.

Antécédents. — Sans influence sur l'affection actuelle.

Le 20 janvier 1890, première blennorrhagie. — Traitement antiphlogistique sans injections.

Quinze jours après le début de l'écoulement, sans aucun motif, le malade urine une ou deux gouttes de sang à la fin de chaque miction; les mictions ne sont pas plus fréquentes, mais elles sont plus douloureuses. Il entre à l'hôpital en février 1890, où on le soumet aux instillations de nitrate d'argent. Ce traitement ne produit aucune amélioration; les hématuries continuent et sont plus abondantes après chaque cathétérisme, le malade est mis alors à un traitement général (huile de foie de morue créosotée, bains salés, etc.) et il quitte l'hôpital le 12 mai 1890. Au bout de quelque temps, il ne pisse plus de sang, mais les mictions sont aussi fréquentes et aussi douloureuses.

Le 19 janvier 1891, il entre de nouveau à l'hôpital. Il recom-

mence à pisser du sang, mais d'une manière intermittente, les mictions sont devenues plus fréquentes (chaque quart d'heure); les besoins ne sont pas très impérieux, mais le passage des dernières gouttes provoque de vives douleurs. Il est soumis aux instillations de sublimé à 1/4000, qui restent sans effet. Chaque séance ramène l'hématurie, il continue à pisser douze fois le jour, dix-sept fois la nuit. Le 14 février, on essaie les instillations de glycérine créosotée. Résultat nul.

En présence de ces nombreux échecs, M. Guyon propose une taille hypogastrique au malade, qui la refuse et quitte l'hôpital; du jour de sa sortie (1^{er} mars) il pisse dix fois le jour, douze fois la nuit et sa capacité vésicale est de 85 centim. cubes.

Le 27 avril 1891. Le malade demande à rentrer à l'hôpital. Il est amaigri et paraît fatigué, néanmoins il ne se plaint pas. L'auscultation révèle, à la partie externe de la fosse sus-épineuse droite, quelques petits râles sans craquements, et que l'on n'entend même que d'une façon intermittente.

Les symptômes fonctionnels sont plus intenses. Mictions sept à huit fois par nuit et toutes les vingt minutes dans la journée. Les douleurs ne sont pas très vives et le sang n'apparaît qu'à la suite des cathétérismes. La *vessie* n'est douloureuse à la pression ni sur la face antérieure, ni sur la face postérieure, mais elle est horriblement douloureuse au contact de la boule exploratrice. Celle-ci franchit facilement le col et ne détermine de douleur que sur la paroi vésicale. Le toucher rectal permet en même temps de constater l'intégrité de l'appareil génital; la prostate, quoique globuleuse, est régulière et parfaitement saine. Vaginale, épидидyme, cordon normaux. L'*urèthre* est libre; l'explorateur provoque de la douleur dans la partie prostatique. La capacité vésicale est de 90 centimètres cubes. Les *reins* sont normaux.

Les *urines* sont *troubles* et manifestement *purulentes*; elles ont été examinées à trois reprises :

21 janvier. Cellules de pus abondantes. Bactérium coli très abondants, presque purs. Pas de bacilles de Koch.

10 février. Pas de gonocoques. Bactérium coli. Pas de bacilles de Koch.

Le 16. Bactérium coli. Pas de bacilles de Koch.

Le 23. Inoculation, injection d'une seringue de Koch d'urine dans le péritoine d'un cobaye. Résultat négatif.

6 mai 1891. Taille hypogastrique. Ballon de Petersen (250 gr.). Injection vésicale de 250 grammes. Dès que la vessie est ouverte et maintenue par quatre fils (deux supérieur et inférieur et deux latéraux), la table de Trendelenburg est renversée. On voit distinctement le bas-fond, le col et les uretères ; toute la surface interne est recouverte de fongosités plus abondantes sur la paroi postérieure. Grattage à la curette ordinaire. Ecouvillonnage avec la gaze iodoformée. Drains parallèles. Suture des muscles, de l'aponévrose et de la peau,

Le 7 au soir et le lendemain, ascension thermique que rien n'explique. Douleur modérée, vomissements. Le 8. Température tombée, état pas mauvais, pas de douleur vésicale. Le 12. On refait le pansement, on enlève le petit drain inférieur, on enlève également les points de suture. Il existe un petit abcès sous-cutané à la partie supérieure. Le reste est réuni. Le 16. Comme depuis deux jours les tubes fonctionnaient mal, on les enlève et le résultat est une chute immédiate de la température ; l'urine sort largement par la plaie abdominale. Rien ne sort par le canal. Sonde à demeure. La plaie est cicatrisée au moment de sa sortie.

Le malade, revu un an après, a un très bon état général. Il n'urine que toutes les deux heures, la douleur et l'hématurie ont complètement disparu.

OBSERVATION XI

Recueillie dans le service de M. le Professeur Heydenreich, par notre ami Braun, interne du service. — (Résumée).

Cystite douloureuse.

B..., Louise, 7 ans, entrée le 31 octobre 1895 dans le service de M. le professeur Heydenreich.

Depuis un certain temps, l'enfant avait des envies subites d'uriner, devenues plus impérieuses surtout depuis 3 mois. Il y a environ un mois, la miction est devenue douloureuse, l'enfant urinant très

peu et souvent ; l'*urine était très trouble* et dégageait une forte odeur ; elle laissait déposer de grands filets blancs. L'enfant fut alors traitée par les bains. Amélioration passagère, mais bientôt l'état général s'est aggravé et l'appétit a disparu presque complètement.

État actuel. — Aucun signe de scrofule ni de tuberculose, langue blanche, lèvres sèches ; temp. 39°, mictions fréquentes et douloureuses faisant pousser des cris à la malade, douleurs plus vives encore la nuit, urines très abondantes et dégageant une forte odeur ammoniacale. La vessie est très distendue, et le cathétérisme donne, sur le bord postérieur, la sensation d'une bride. L'*urine est très trouble*, contenant des filets de *pus* et dégageant une forte odeur ammoniacale. Elle est de plus albumineuse. Instillations de nitrate d'argent et applications de tampons de cocaïne sur la vulve. Lavements laudanisés. L'enfant dépérit de jour en jour ; le pouls augmente de fréquence. A la rétention d'urine a succédé l'incontinence. On se décide à intervenir et l'opération est faite le 13 novembre.

Opération. — Cystotomie sus-pubienne. La muqueuse de la vessie est fortement boursouflée et fait de nombreux plis. On introduit un tube de caoutchouc de 8 à 10 millimètres de diamètre, que l'on fixe à la vessie par un fil qui passe dans les deux lèvres de la plaie. La plaie de la vessie étant très étendue, on ne fait pas de sutures. On suture la plaie abdominale en laissant passer le tube.

Le soir, temp. 38°, pouls 158 ; l'urine s'écoule en partie par le tube et surtout par la fistule sus-pubienne de chaque côté du tube. Les jours suivants, l'urine ne s'écoule plus que par le tube, et avec facilité. L'amélioration s'accroît notablement après l'ablation du tube le 20 novembre, et celle des fils le 23 ; cependant le 28 au soir, la température s'est élevée à 40°,1. L'appétit est cependant bon, et l'enfant a engraisé. Mais la fistule se trouve presque obstruée par le pus et il en sort, le 1^{er} décembre, des filaments de tissu sphacélé ; le soir, temp. 39°4. Les jours suivants, la quantité de pus suintant par la fistule diminue et l'état général s'améliore.

OBSERVATION XII

(in thèse Michon). — (Résumée).

Cystite douloureuse d'origine blennorrhagique. — Taille hypogastrique. — Guérison.

Le nommé A..., âgé de 29 ans, entré le 11 octobre 1890, salle Velpeau, n° 12, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

En février 1890, première blennorrhagie avec phénomènes aigus pendant six semaines, suivie au bout de ce temps de phénomènes de cystite. Celle-ci, intense pendant un mois, s'amende un peu, mais ne guérit pas. En octobre 1890, le malade entre à l'hôpital.

Miction fréquente, dix fois par heure le jour, toutes les demi-heures la nuit ; douloureuse surtout la nuit. Urines *troubles*, suivies de quelques gouttes de sang. Rien du côté des reins quoique le malade en ait un peu souffert, il y a quatre mois.

Les urines contiennent du *pus*, des cellules épithéliales très rares, altérées. Coloration simple : groupes d'organismes d'une seule espèce, semblant des gonocoques extra-cellulaires. Pas de bactéries ni d'autres microcoques. Par méthode de Gram : réaction de gonocoques : pas de bacilles tuberculeux.

Traitement. — Instillations de sublimé ; puis nitrate à 2 0/0.

Le malade n'est pas amélioré et réclame une intervention quelconque.

Le 10. — Cystostomie sus-pubienne avec grattage et cautérisation au thermo de la paroi postérieure et du col de la vessie. Le lendemain, le pansement est très mouillé par l'urine, et l'extrême sensibilité de la vessie empêche les tubes de bien fonctionner. Ablation des tubes le dix-septième jour.

Le 2 janvier 1891. — Pour la première fois, le malade urine un peu par la verge, mais les douleurs ont totalement disparu.

Le 4. — Le malade perd à peine par la fistule, mais les mictions sont fréquentes. M. Guyon fait faire des instillations de nitrate d'argent tous les deux jours, mais le jour de chaque instillation il y a un écoulement assez abondant. La fistule est cautérisée au nitrate d'argent tous les deux jours, et se ferme.

Fin décembre. — En somme, amélioration considérable, les douleurs sont absolument supprimées, les urines sont *claires*, la fréquence seule est restée. L'état général est excellent. Le malade se lève, peut dormir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

Août 1894, c'est-à-dire quatre ans après l'opération : la guérison se maintient. Etat général excellent, plus aucune douleur, fréquence des mictions plus grande qu'à l'état normal. Les urines sont *claires*.

OBSERVATION XIII

(in thèse Michon. Résumée).

Cystite tuberculeuse ancienne. — Insuccès de tout traitement. — Cystostomie. — Disparition complète des douleurs. — Mort huit mois après.

Jean J..., âgé de 44 ans, cocher, entré le 30 avril 1894, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Les premiers troubles urinaires remontent à 1880. A cette époque, les mictions devinrent fréquentes, douloureuses au début et à la fin. A deux ou trois reprises, le malade eut des hématuries. A cette époque, les urines étaient *troubles* : elles laissaient un dépôt au fond du vase.

Amélioration jusqu'en 1890. A cette époque, les symptômes reparurent. Les urines sont *constamment troubles*.

Depuis 1890, ces symptômes ont augmenté progressivement d'intensité. Actuellement, la fréquence est telle que le malade est obligé de porter un urinal. Une fois par mois environ, le malade urine du sang en petite quantité mélangé à l'urine, au début de la miction, jamais à la fin.

Le 14 avril. — Le malade vient à la consultation. Urine trouble à *dépôt purulent abondant*. Réaction acide. Leucocytes en grande quantité. Hématies. Cellules épithéliales de la vessie. Quelques bactéries. Pas de bacilles tuberculeux.

Il fut soumis au traitement suivant : pilules créosotées, bains salés, lavements laudanisés. Instillations au sublimé à 1/5000.

Le 30 avril. — Le malade revient dans le service et entre salle

Velpeau. Le traitement n'a produit aucune amélioration notable ; Canal sensible. Les explorateurs 22 et 20 ne passent pas. Une boule n° 14 ne rencontre pas d'obstacle dans toute la longueur du canal. Spasme facilement franchi.

Douleurs au niveau de la prostate et du col de la vessie.

La vessie contient environ 30 grammes d'urine. Sensibilité vive à une distension de 40 grammes. La prostate est bosselée, et renferme des noyaux durs des deux côtés, surtout à gauche.

Vésicules : la droite, un peu indurée, pas très volumineuse ; la gauche, légèrement perceptible. Dans l'épididyme droit, quelques noyaux. Le testicule droit a augmenté de volume, il y a 18 mois. Il a diminué depuis. Les reins sont normaux. Urine *trouble*. Réaction acide. Pas de bacilles tuberculeux. L'examen bactériologique, plusieurs fois répété, n'a jamais permis d'en constater. Le traitement institué est l'instillation de sublimé, sans aucune amélioration. En juillet, les crises deviennent de plus en plus nombreuses et douloureuses. Les instillations à 1/25 n'amènent aucun soulagement ; les piqûres de morphine elles-mêmes ne produisent qu'un repos passager.

20 août. — Le malade s'aperçoit qu'en pissant, il émet des gaz par l'urèthre ; pas de perte des urines par le rectum.

Le 23. — *Cystostomie*. — Pas de ballon fie Petersen ; injection vésicale très modérée. Le bas-fond est ulcéré et fongueux. La vessie a les *parois épaissies*. Grattage des surfaces malades ; lavage à l'eau phéniquée forte et cautérisation au chlorure de zinc.

Suture partielle de la vessie à la soie, pour ne laisser qu'un orifice suffisant pour le tube de Guyon. Suture, à l'aide de fils d'argent, du reste de la plaie vésicale, de façon à affronter la muqueuse à la peau ; sutures des muscles au catgut et de la peau au crin, dans tout ce qui ne répond pas à la bouche sus-pubienne.

Pansement iodoformé. Les suites opératoires furent des plus simples ; ablation des fils le huitième jour. Dès le lendemain, les crises douloureuses disparaissent. Tant que le malade a des tubes hypogastriques, il se plaint encore de quelques élancements passagers.

Le 8 septembre. — Suppression des tubes et mise d'une sonde qui n'est laissée qu'un jour.

Fin de septembre. — Le malade dort, mange et a engraisé ; les douleurs ont disparu : incontinence complète, par l'orifice hypogastrique, qui admet facilement une sonde 22 ; quelques bourgeons d'aspect suspect l'entourent. Il ne peut être question de fermer sa fistule. Malgré l'absence de bacilles tuberculeux, les lésions prostatiques et épидидymaires ne laissent guère de doute sur la nature des lésions ; et le malade a à choisir entre l'incontinence et les douleurs.

Cette amélioration des symptômes douloureux persista ; mais la marche de la tuberculose continue à progresser, et mort le 20 avril 1895.

AUTOPSIE. — Le 21 avril. — L'urèthre est normal ; la prostate augmentée de volume présente des lésions tuberculeuses très avancées. La vessie, petite, à *paroi épaissie*, offre de nombreuses ulcérations tuberculeuses.

Le rein droit est congestionné sans lésions bacillaires ; et son urèthre est normal. Le rein gauche présente de *nombreuses cavernes ayant détruit la substance médullaire*, la majeure partie de la substance corticale est conservée. L'urèthre gauche est *dilaté* et épaissi avec *péri-urétélite*, pas de lésions tuberculeuses de sa muqueuse.

Poumon droit : est creusé de cavernes surtout marquées au sommet. Le poumon gauche est normal. Le péritoine présente des granulations tuberculeuses, surtout marquées au niveau du petit bassin.

OBSERVATION XIV (1)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Vautrin).

Cystite et néphrite d'origine tuberculeuse. — Cystostomie sus-pubienne.

S... (Antoine), 58 ans, sacristain, était venu me consulter à diverses reprises pour des douleurs violentes au moment de la miction. Traité par deux confrères, il avait été soupçonné de porter un calcul, mais un examen pratiqué à l'hôpital avait fait renon-

(1) Nous citons cette observation pour mettre en relief les dangers du ballon de Petersen.

cer à cette idée. Ce malade est porteur d'un testicule atteint autrefois de tuberculose, portant des cicatrices de fistules. L'analyse des urines révèle une notable quantité d'albumine. Il y a eu des *douleurs rénales* depuis plusieurs années, ressemblant à des crises néphrétiques. Le diagnostic probable est celui de néphrite tuberculeuse, avec tuberculose du col vésical, sans ulcérations. Je propose la cystostomie après examen préalable. Le malade refuse longtemps, mais les douleurs augmentant, il finit par s'y soumettre et entre à l'hôpital le 15 juin 1893.

L'opération a lieu le samedi 17 juin 1893 (Pensionnat). *Ballon de Petersen qui détermine des éraillures dans le rectum*. Lavage préalable de la vessie à l'eau boriquée.

L'incision sous-péritonéale de la vessie est faite facilement. Le doigt explore la cavité qui paraît saine.

Le col ne peut être exploré qu'après dégonflement du ballon de Petersen. Il est gros, irrégulier, surélevé, mais non ulcéré. Je me borne à placer deux tubes en caoutchouc, en canon de fusil, plongeant jusqu'au bas fond et fixés au rebord cutané de la plaie. La vessie est suturée à la peau autour des tubes. Le fonctionnement des siphons est vérifié.

Les jours suivants, pas de fièvre, régime du lait.

Le malade accuse encore quelques douleurs dans la verge, quand on lave la vessie à l'eau boriquée, ce qui est fait trois fois par jour.

Les 5^e et 6^e jours, hémorragies très abondantes par le rectum, dues aux déchirures provoquées par le ballon de Petersen. Le pansement est renouvelé le 8^e jour.

La plaie est réunie *per primam*. Les jours suivants, les lavages sont continués et ramènent des filaments de mucus.

Ce malade a souffert beaucoup depuis du rectum par lequel il rend souvent du sang et du pus. La prostatite tuberculeuse a dû s'ouvrir par là. Chaque fois qu'il va à la selle, il éprouve des épreintes très douloureuses et est forcé d'uriner par la verge, ce qui provoque de vives douleurs. La fistule hypogastrique fonctionne bien, mais le malade ne fait pas de lavages assez fréquents de la vessie.

En septembre 1893, surviennent des vomissements de sang. La situation reste la même sans souffrances vésicales.

En août 1894, le malade succombe aux progrès de la cachexie tuberculeuse et de la *néphrite*. La miction par la fistule hypogastrique se faisait depuis plusieurs mois par intermittences et le malade en était prévenu par une sensation particulière qui précédait fort peu l'écoulement de l'urine.

Les observations qui suivent sont extraites de l'article de M. E. Lagoutte, publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, de novembre 1894, sur les « *résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques.* »

On verra que, si les résultats sont en général désastreux, c'est parce que l'opérateur, M. Poncet, a pratiqué la cystostomie dans des cas où le pronostic de l'opération était absolument fatal, et où l'état des malades (cachexie, diabète) était la contre-indication la plus formelle à l'intervention.

Nous n'en publions pas moins ces observations, à titre documentaire, et pour justifier les reproches que, dans le courant de notre thèse, nous avons adressés à M. Poncet pour son enthousiasme à l'égard de l'opération qui porte son nom, et dont il n'a été, en réalité, qu'un trop ardent vulgarisateur.

OBSERVATION XV

M. . . , 75 ans ; troubles urinaires remontant à de longues années. *Cystite purulente*. Cathétérisme toutes les demi-heures. Etat de cachexie avancée. Cystostomie. Mort deux jours après : Autopsie : *pyélo-néphrite suppurée*.

OBSERVATION XVI

T. B. . . , 79 ans, vieux prostatique en état d'empoisonnement urinaire chronique. Cystostomie. Mort le lendemain. Autopsie : *pyélo-néphrite*.

OBSERVATION XVII

P. . . , 68 ans. Ancien prostatique avec infection chronique, envoyé à l'Hôtel-Dieu avec une rétention aiguë ; fausses routes ; uré-

thorragies dans un état comateux. Cystostomie (avril 1888). Mort en janvier 1890 avec de la *cystite purulente*. Incontinence complète pendant le service.

OBSERVATION XVIII

Ph. S..., 78 ans. Vieux prostatique faisant usage depuis longtemps de la sonde. Diabétique. Infection urinaire chronique. Etat général très grave. Cystostomie. Mort d'érysipèle. Autopsie : *cystite purulente, pyélo-néphrite suppurée*.

OBSERVATION XIX

Ch. G..., 70 ans. Troubles urinaires anciens exigeant le cathétérisme depuis longtemps. Infection urinaire aiguë. (Temp. 37°7). frissons, langue rôtie, etc.). Cystostomie le 24 juin 1893. Amélioration, puis affaiblissement progressif et mort le 10 juillet. Autopsie : *cystite purulente et pyélo-néphrite suppurée*.

OBSERVATION XX

M. M..., 62 ans. Accidents prostatiques depuis plusieurs années. Rétention incomplète avec signes d'*infection* chronique (fièvre, troubles gastriques, etc.) Cystostomie à la suite d'un accès de rétention incomplète. Mort un mois après.

OBSERVATION XXI

S. L..., 57 ans. Accidents depuis plusieurs années. Rétention complète. Fausses routes. Symptômes d'infection chronique grave. *Urines ammoniacales*, fièvre, frissons, cachexie profonde. Cystostomie le 9 février 1894. Amélioration de l'état général. Incontinence complète.

OBSERVATION XXII

J. R..., 76 ans. Accidents urinaires depuis deux ans. Malade amené à l'hôpital avec de l'incontinence par regorgement et un état d'empoisonnement urinaire chronique grave. Cachexie profonde. Cystostomie le 8 mars 1893. Mort un mois après.

AUTOPSIE : *pyélo-néphrite suppurée*.

CONCLUSIONS

I. La cystostomie sus-pubienne est une opération précieuse dans la thérapeutique chirurgicale, lorsque son indication est bien nettement établie, dans certains cas de néoplasmes de la prostate (hypertrophie simple, tuberculose ou cancer), de rétrécissements compliqués de l'urèthre ;

II. La cystostomie sus-pubienne donne de bons résultats dans les cas où il existe, soit isolément, soit comme complication des lésions précédentes, de l'infection urétérale ou rénale : le drainage permanent de la vessie qu'elle constitue réagissant favorablement sur les lésions du rein et des uretères. C'est ce point spécial que nous avons surtout voulu mettre en lumière dans notre travail ;

III. Lorsque les lésions rénales sont trop avancées, il est souvent préférable de s'abstenir de cette intervention, mais ceci est un précepte théorique, dont l'application pratique se heurte à de grandes difficultés ; car il est impossible de se rendre compte cliniquement de l'étendue des lésions anatomiques, et, de malades

dont les symptômes morbides sont identiques, les uns bénéficient d'une façon remarquable de l'opération, tandis que, chez les autres, l'échéance fatale n'est pas retardée.

Vu :

Le Président de la thèse,

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 18 décembre 1895.

Le Recteur,

GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- E. Bœckel. — *Gazette médicale* de Strasbourg, 1884.
Poncet. — *Bulletin médical*, 1891 et 1892.
Poncet. — *Mercredi médical*, 1891.
Poncet. — *Semaine médicale*, 1892, 1893 et 1894.
Guyon. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1885.
Boutan. — *De la Cystostomie sus-pubienne*. Thèse de Paris, 1893.
Lejars. — *Semaine médicale*, 1893 et 1894.
Legueu. — *Gazette hebdomadaire*, 1893.
Wassilief. — *Gazette des hôpitaux*, 1894.
Bazy. — *Semaine médicale*, 1894.
Jaboulay. — *Mercredi médical*, 1892. *Gazette hebdomadaire*, 1894.
Lagoutte. — *Résultats éloignés de la Cystostomie, basés sur 65 observations*. Thèse de Lyon, 1894.
J.-L. Petit. — *Œuvres posthumes*.
J.-L. Petit. — *Traité des maladies chirurgicales*.
Rohmer. — *Revue médicale de l'Est*, 1884.
Frœlich. — *Revue médicale de l'Est*, 1895.
Tillaux. — *Chirurgie clinique*.
Lyon médical, 1892 et 1895.
Zweifel. — *Die Bildung einer künstlichen Harnröhre mit künstlichem Spinkter*. Centralblatt für Chirurgie, 1893.
Martin. — *Die Anlegung der Blasenbauchfistel nach Witzel an Stelle des hohen Blasenstiches*. Centralblatt für Chirurgie, 1893.
Wiesinger. — *Die Bildung einer Witzel'schen Schragfistel in der Blase bei carcinomatöser Zerstörung der weiblichen Urethra*. Centralblatt für Chirurgie, 1894.
Frœlich. — *Destruction totale de l'urèthre chez la femme*. Thèse de Nancy, 1891.

Bonan. — *Thèse de Paris*, 1893.

Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie*, t. VII.

Michon. — *Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie*. Thèse de Paris, 1895.

Auneau. — *De la cystostomie sus-pubienne à Paris*. Thèse de Paris, 1895.

Poullain. — *De la cystostomie sus-pubienne temporaire appliquée au traitement des rétrécissements compliqués de l'urèthre*.

Thèse de Lyon, 1894.

Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — Aperçu historique.	12
CHAPITRE II. — De la pyélo-néphrite dans ses rap- ports avec l'infection de la vessie.	16
CHAPITRE III. — Indications de la cystostomie sus- pubienne	25
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire.	36
CHAPITRE V. — Observations.	43
CONCLUSIONS.	65
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	67

